Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topolkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 października 1886. **№ 44.** Rok XXV.

TREŚĆ: I. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera. KOPFF: W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z roczczynu wodnego przez skórę. (C. d.) II. BOGDANIK: Dodatek do artykułu o szwie kostnym w przypadkach świeżego złamania rzepki. — III. *Oceny i sprawozdania: Chirurgija:* BRUNNER: O leczeniu złamań poprzecznych rzepki i wynikach ostatecznych takowego.— *Okulistyka:* ABADIE: O niektórych własnościach zapalenia nerwu wzrokowego skutkiem obrzęków mózgowych. — RÜCKERT: O zapaleniu spojówki, tęczówki i stawów na tle rzeżączkowém. — *Choroby nerwowe:* BARBEZ: O usposobieniu do skurczów, a w szczególności o skurczach wywoływanych u osób histerycznych uciskiem taśmą Esmarcha. — COMANOS BEY: Działanie wielkich dawek kokainu na ośrodki nerwowe. — *Higijena:* FRANKEL: Grzybki w lodzie. — *Medycyna sądowa:* BELKY: Przyczynki do nauki o gazach trujących. — *Patologija:* EBERTH i SCHIMMELBUSCH: Badania doświadczalne nad zakrzepicą. (C. d.). — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich:* Posiedzenie Tow. lek. gal. (Dok.) — Posiedzenie Komisyi przemysłowéj krak. — V. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z roczczynu wodnego przez skórę.

Skreślił
Dr. Leon Kopff,
asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Po opisaniu metody badania przystępuję teraz do opisu samych doświadczeń. Pierwszy szereg doświadczeń wykonaliśmy z chłopcem 16 letnim, wyleczonym ze strupienia głowy, dobrze odżywionym i zupełnie zresztą zdrowym. Zanim przystąpiliśmy do właściwego doświadczenia, uważaliśmy za stosowne wykluczyć wszelkie przypuszczenie, że w ustroju, a zatém i w moczu chłopca, znajduje się już rtęć, która się tam dostać mogła w jakikolwiek sposób nam nie znany. W tym celu poddaliśmy przedewszystkiém na wstępie rozbiorowi chemicznemu mocz prawidłowy chłopca, z 36 godzin zebrany. Badanie, sposobem wyżéj opisanym, nie wykazało ani śladu rtęci. Po téj próbie przystąpiliśmy do właściwych doświadczeń.

D o ś w i a d c z e n i e I. 28/7, 1884. Po dokładném obejrzeniu skóry ramienia, przedramienia i ręki prawéj, i przekonaniu się, że skóra w żadném miejscu nie jest pozbawioną przyskórka, zanurzono całą tę odnogę do wanienki drewnianéj, zawierającéj 14 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu wodnego (14grm.) chlorku rtęciowego, o ciepłocie 36°C. Wanienkę nakryto płótnem i papierem gutaperkowym najstaranniéj, aby zapobiedz tym sposobem możliwemu ulatnianiu się cieczy i porwaniu przytém w powietrzu cząstek sublimatu. Kąpiel trwała 45 minut. Po kąpieli obtarto szybko a dokładnie całą odnogę i powtórnie przekonano się, że przyskórek nigdzie nie jest uszkodzonym. Aby zapobiedz przypadkowemu przeniesieniu cząstek sublimatu na którąkolwiek z błon śluzowych obmyto zaraz po kąpieli samą rękę wodą przekroploną i nałożono na nią rękawiczkę, którą chłopiec nosił przez kilka godzin, poczém znów polecono mu umyć rękę wodą i mydłem. W ciągu 24 godzin po tém doświadczeniu zebrano do czystego naczynia moczu 1088sz.cm. o cięż. gatunkowym 1.028, białka nie zawierającego. Badanie chemiczne wykonane w dniach następnych nie wykazało ani śladu rtęci. Aby się przekonać, czy przypadkiem jakie czynniki nam nieznane nie były przyczyną ujemnego wyniku doświadczenia, powtórzono je 30/7 jeszcze raz. I znów po przekonaniu się, że przyskórek tym razem na odnodze górnéj lewéj nigdzie nie jest uszkodzonym, zastósowano na tę odnogę w ten sam sposób, jak wyżéj opisano, kąpiel sublimatową z 14 litrów $1^{0}/_{00}$ wodnego rozczynu $HgCl_2$, ogrzanego do 33°C. Kąpiel tym razem trwała minut 65. Moczu w czasie następujących 24 godzin zebrano 1240cm.sz. Mocz o ciężarze gat. 1·021, białka niezawiera. Badanie chemiczne i tym razem rtęci nie wykazało. Wynik zatém doświadczenia pierwszego był ujemnym. Możliwość jednak nie była wykluczoną, że sublimat mógł dłuższy czas pozostać w tkankach skóry i tylko zwolna ulegać chłonieniu. Chcąc się o tém przekonać, zebraliśmy mocz z następnych 24 godzin w dniu zupełnie od doświadczenia wolnym i poddaliśmy go znów badaniu chemicznemu. Moczu było 1350cm.sz. o ciężarze gat. 1.017, białka niezawierającego. Badanie chemiczne i teraz nawet nie wykazało w nim ani śladu rtęci.

D o ś w i a d c z e n i e II. Doświadczenie pierwsze udowodniło nam, że rozczyn wodny $HgCl_2$ $1^{0}/_{00}$ nie przechodzi tak łatwo przez nietkniętą skórę, a przynajmniéj nie przechodzi w takiéj ilości, aby go można nawet bardzo dokładném badaniem w moczu wykryć. Możliwém jednak wydało mi się, że kilkakrotne użycie dzień po dniu kąpieli sublimatowéj jest w stanie przeprowadzić przez skórę do ustroju taką ilość sublimatu, że ta daje się wykryć w moczu. Dla przekonania się o tém, postąpiono z tym samym chłopcem w sposób następujący. 2/8. Zastosowano z temi samemi ostrożnościami co przy pierwszém doświadczeniu kąpiel na odnogę górną prawą z 16 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu wodnego chlorku

rtęciowego, ogrzanego do 32°C. przez 60 minut. Z 24 godzin następnych zebrano moczu 1180cm.sz. Mocz o cięż. gat. 1.024 białka nie zawiera. 3/8. Na odnodze prawéj, wczoraj do doświadczenia użytéj, nie wykryto żadnych śladów żrącego działania sublimatu. Mimo to jednak dla wszelkiéj pewności zastósowano kąpiel na odnogę lewą górną, po poprzedniém przekonaniu się o całości przyskórka. Kąpiel z ostrożnościami wyżéj opisanemi 16 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu wodnego chlorku rtęciowego trwała przez 60 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1250cm.sz. moczu, o cięż. gat. 1.021. Białka nie wykryto. 4/8. Na palcu średnim ręki prawéj zdarty przyskórek (zanogcica) koło paznogcia. Odnogi lewéj, jakkolwiek nie ma na niéj widocznych uszkodzeń przyskórka, przecież nie chciano użyć do doświadczeń, aby działanie dłuższe sublimatu w krótkich ustępach czasu nie wywołało zadrażnienia skóry. Zastósowano więc kąpiel na obydwie nogi w czystéj drewnianéj putni do wysokości połowy przedudzi. Samo przez się rozumie się, że i tutaj przekonano się o całości przyskórka, i że postąpiono ze wszystkiemi takiemi samemi ostrożnościami, jak przy pierwszém doświadczeniu. Do kąpieli użyto 15 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu woonego $HgCl_2$, ogrzanego do 33°C. Kąpiel trwała przez 70 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1230cm.sz. moczu, o cięż. gat. 1.021, białka niezawierającego. Razem więc z tych trzech dni, w których stósowano kąpiel sublimatową, zebrano moczu 3660cm.sz. Całą tę ilość moczu badano w sposób powyżéj opisany. Znaleziono dość wyraźny nalot szarawy na blaszce miedzianéj, wyraźniejszy na blaszce złotéj, który dał potém wąski, ale wybitnie zabarwiony pierścień jodku rtęciowego. Podobnie jak po doświadczeniu Iém chciano się i tutaj przekonać, czy w moczu z dni następnych po doświadczeniu znajdować się będzie rtęć. W tym celu zebrano z dni trzech (5, 6, 7/8), w których nie robiono doświadczeń, moczu 3985cm.sz., nie przedstawiającego nic nieprawidłowego. Badanie i tym razem rtęci w moczu nie wykazało.

Doświadczenie III. 9/8. Zastosowano z ostrożnościami wyżéj opisanemi kąpiel sublimatową na odnogę górną prawą. Tym razem użyto do kąpieli rozczynu dwa razy mocniejszego, mianowicie 15 litrów rozczynu wodnego $HgCl_2$ w stosunku 1:500 (tj. 30grm. sublimatu na kąpiel). Kąpiel na 30°C. trwała na 60 minut. Skóra po kąpieli okazuje na powierzchni zginaczy lekkie zaczerwienienie, nie przedstawia jednak żadnych widocznych uszkodzeń przyskórka lub wybitniejszych objawów żrążego działania rozczynu sublimatu. Moczu z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1375cm.sz., cięż. gat. 1·017, białka niema. Badanie chemiczne wykazało na blaszce złotéj lekki nalot białawy. Reakcyja z jodem w rurce włoskowatéj nie udała się. Wynik zatém tego doświadczenia jest wątpliwym.

Doświadczenie IV. 11/8. Z ostrożnościami wszystkiemi jak w powyższych badaniach zastosowano kąpiel z 15 litrów wodnego rozczynu chlorku rtęciowego w stosunku 1:500 na odnogę górną prawą. Kąpiel na 34 stopni C. trwała 60 minut. Po kąpieli w miejscach przegubów stawowych zauważano zaczerwienienie skóry, zresztą żadnéj innéj reakcyi. Moczu z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1470cm.sz. o cięż. gat. 1.014, białka niezawierającego. Ponieważ W. J. użyty do doświadczeń podaje, że po wczorajszéj kąpieli czuł lekkie palenie i swędzenie w skórze ręki lewéj, użyto więc w dniu następnym do doświadczeń obydwóch nóg i zastósowano na nie z wszystkiemi wyżéj opisanemi ostrożnościami kąpiel do wysokości $^1/_3$ dolnéj przedudzi z 12 litrów wodnego $2^{0}/_{00}$ rozczynu $HgCl_2$. Kąpiel o 36°C. trwała przez 70 minut. Moczu w następnych 24 godzinach zebrano 1370 cm.sz. o cięż. gat. 1,017, białka niezawierającego. Na skórze nóg, prócz w miejscach delikatniejszą skórą okrytych, które są lekko zaczerwienione, nigdzie nie widać żadnych objawów mocniejszego zadrażnienia skóry sublimatem. Z dwóch powyższych dni zebrano zatém moczu 2840cm.sz., które poddano razem badaniu na rtęć. Badanie dało wynik dodatni, mianowicie tak na blaszce miedzianéj szarawy wyraźny nalot, jak i na blaszce złotéj wnios metalicznéj rtęci, który następnie dał z parą jodu wybitny pierścień szkarłatnego jodku rtęciowego. Z następnych dwóch dni wolnych od doświadczeń zebrano 2590cm.sz. moczu prawidłowego, w którym rtęci nie znaleziono.

Doświadczenie więc II, IV a po części i III udowodniło nam, że chlorek rtęciowy z rozczynu wodnego, jakkolwiek z trudnością, jednak przechodzi przez skórę fizyjologiczną i daje się w moczu wykryć. Daléj, że rtęć pochłonięta przez skórę bardzo szybko zostaje z ustroju wydaloną, bo w moczu z dni następnych już ani śladu rtęci nie napotykamy.

W literaturze o chłonieniu ciał z rozczynu wodnego nie napotkaliśmy nigdzie wzmianki o doświadczeniach, któreby zmierzały do dokładniejszego oznaczenia ilości ciała, które do ustroju przez skórę się dostaje i z ustroju wydaloném drogą moczu zostało. Ponieważ zaś oznaczenie dokładniejsze ilości rtęci, jaka się tą drogą do ustroju dostaje i nerkami wydzieloną bywa, nie jest przytém pozbawioném i znaczenia praktycznego, postanowiliśmy więc w doświadczeniu następném zająć się tą sprawą.

Doświadczenie V. Do doświadczenia tego użyliśmy chorego J. D., 23-letniego *cum Blenorrhoea chronica urethrae*. Chory ten zresztą zupełnie zdrów, kiły nigdy nie przebywał i rtęci nigdy ani wewnętrznie ani zewnętrznie nie używał. Dla pewności jednak i tutaj przed przystąpieniem do doświadczeń zebraliśmy z dni dwóch moczu prawidłowego 2630cm. sz. i poddaliśmy go badaniu. Badanie to nie wykazało rtęci. 19/8. Po dokładném obejrzeniu i przekonaniu się, że skóra nóg obydwóch jest pokryta zdrowym i nie naruszonym przyskórkiem, zastósowano kąpiel na obydwie nogi do wysokości $^1/_3$ przedudziów, ze wszystkiemi ostrożnościami, jak w powyżéj opisanych doświadczeniach. Do kąpieli użyto 12 litrów rozczynu wodnego $1^{0}/_{00}$ (12grm.) $HgCl_2$. Kąpiel na 34°C. trwała 63 minut. Po kąpieli nie dostrzeżono żadnego zadrażnienia skóry. Moczu z następnych 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1550cm.sz. o cięż. gat. 1.017. Na wykrycie białka nie kładziono wagi w tém doświadczeniu z powodu, że indywiduum do doświadczeń użyte cierpiało na rzeżączkę przewlekłą cewki moczowéj. 20/8. Ze wszystkiemi ostrożnościami zwykłemi zastosowano kąpiel na odnogę prawą górną. Z 15 litrów rozczynu wodnego chlorku rtęciowego w stosunku 1:500 t. j. z 30grm. sublimatu. Kąpiel ogrzana do 30°C. trwała przez 72 minut. Po kąpieli prócz lekkiego zaczerwienienia skóry i uczucia lekkiego pieczenia, nie zauważano żadnych innych objawów żrącego działania rozczynu sublimatu. Moczu zebrano 1380 cm.sz. o cięż. gat. 1.021. 21/8. Kąpiel odnogi lewéj górnéj jak poprzednio w 15 litrach rozczynu wodnego $2^{0}/_{00}$ chlorku rtęciowego (30grm.$HgCl_2$) trwała minut 58. Skóra po kąpieli ani w tym, ani w następnym dniu nie przedstawia żadnych uszkodzeń przyskórka lub ważniejszych reakcyj po sublimacie. Moczu zebrano 1580cm.sz. o cięż. gat. 1.018. 22/8. Kąpiel nożna do $^1/_3$ dolnéj wysokości przedudzi, z wszy-

stkiemi ostrożnościami wyżéj opisanemi. Do kąpieli użyto $12\frac{1}{2}$ litra rozczynu wodnego, zawierającego 17grm. chlorku rtęciowego. Kąpiel na 36°C. trwała 60 minut. Reakcyja skóry po kąpieli ogranicza się do miernego zaczerwienienia i lekkiego uczucia palenia. Moczu zebrano w ciągu 24 godzin 1320cm.sz. o cięż. gat. 1.026. Ogółem zebrano w ciągu dni czterech doświadczalnych moczu 5830cm.sz.

W celu oznaczenia ilościowego rtęci postępowaliśmy w sposób następujący. Podobnie jak w poprzednich doświadczeniach zniszczyliśmy części organiczne chloranem potasowym i kwasem chlorowodowym. Po odparowaniu, celem wydalenia nadmiaru chloru i po rozpuszczeniu osadu wprowadzaliśmy do przesączu zakwaszonego kwasem chlorowodowym gaz kwasu siarkowodowego przez 24 godzin. Osad powstały wraz z sączkiem z czystéj szwedzkiej bibuły niszczyliśmy wodą królewską. Po odparowaniu do suchości tego rozczynu na łaźni wodnéj, rozpuszczaliśmy osad w małéj ilości wody, zobojętnialiśmy i zaprawiali w odpowiedniéj ilości sinkiem potasu. Do tak przyrządzonego płynu wprowadzaliśmy znów przez 24 godzin H_2S. Osad powstały zbieraliśmy na sączku małym z bibuły szwedzkiéj, wysuszonym i odważonym poprzednio dokładnie; obmywaliśmy go wodą przekroploną i następnie suszyliśmy w łaźni powietrznéj między dwoma szkiełkami zegarowemi przy 110°C., dopóki tylko waga stwierdzała ubytek na ciężarze. Następnie po ostudzeniu nad kwasem siarkowym zgęszczonym odważyliśmy siarczku rtęciowego (HgS) 0.0023grm. co odpowiada 0.0019grm. czystéj rtęci (Hg), czyli 0.0025grm. chlorku rtęciowego ($HgCl_2$). Podobnie jak w poprzednich badaniach w celu przekonania się, czy rtęć czas dłuższy w ustroju nie pozostaje, zebraliśmy z następnych trzech dni (23, 24, 25/8) wolnych od doświadczeń moczu 4370cm.sz., który znów poddaliśmy badaniu chemicznemu na rtęć. Wynik badania i tym razem był zupełnie ujemnym.

Doświadczenie VI. Parissot, którego prace o przechodzeniu ciał przez skórę i teoryja chłonienia przez skórę swojego czasu wiele rozgłosu między fizyjologami zyskały, twierdzi, że skóra nie posiada własności chłonienia dla tego, że jest pokryta warstwą tłuszczu nie przepuszczalnego, wydzielanego ustawicznie z gruczołów łojowych. Po usunięciu téj przeszkody mają przechodzić z łatwością przez skórę rozczyny wodne wszelkich soli. Zdanie to zdaje się także podzielać Hébert. Ponieważ to twierdzenie zdawało mi się mieć nietylko wartość czysto teoretyczną, ale także i znaczenie praktyczne, postanowiłem sprawdzić go w następnych dwóch doświadczeniach. W tym celu u osobnika tego samego, który nam do poprzedniego doświadczenia służył, obmyliśmy odnogę całą lewą górną nasamprzód wodą letnią i mydłem, a po obsuszeniu następnie mięszaniną złożoną z równych części wyskoku, eteru i chloroformu. Po dłuższéj chwili, gdy już mieliśmy podstawę przypuszczać, że nawet te części téj mięszaniny, któreby się do głębszych warstw przyskórka dostały, miały już czas ulotnić się, obmyliśmy jeszcze raz całą odnogę wodą letnią i mydłem, a przekonawszy się, że przyskórek na całéj powierzchni nie okazuje nigdzie żadnych widocznych uszkodzeń, przystąpiliśmy do kąpieli sublimatowéj, którą zastosowaliśmy ze wszystkiemi ostrożnościami, przy pierwszém doświadczeniu już opisanemi. Użyliśmy do niéj 15 litrów rozczynu wodnego 1°/₀₀ chlorku rtęciowego (15grm.$HgCl_2$) ogrzanego na 33°C. Kąpiel trwała 60 minut. Po kąpieli zauważyliśmy lekkie zaczerwienienie skóry, a chory podawał, że czuje w niéj rodzaj palenia i szczypania. Zresztą żadnych innych objawów żrącego działania sublimatu. Z następujących po kąpieli 24 godzin zebraliśmy 1750cm.sz. moczu o cięż. gat. 1.016. Badanie chemiczne wykazało na blaszce złotéj wyraźne ślady wniosu metalicznego rtęci, a z jodem słabo zabarwiony pierścień żółtawo czerwony jodku rtęciowego.

Doświadczenie VII. W doświadczeniu tém przystąpiono podobnie jak w poprzedniém, starano się tylko zebrać do badania większą ilość moczu, stosując kąpiel w dwóch dniach z rzędu. 29/8. Po obmyciu odnogi prawéj górnéj, jak w doświadczeniu poprzedniém, zastosowano kąpiel sublimatową z 15 litrów rozczynu wodnego 1°/₀₀, zawierającą zatém 15grm. $HgCl_2$. Kąpiel na 26°C. trwała przez 50 minut. Po kąpieli lekkie zaczerwienienie skóry, zresztą objawy zadrażnienia nawet mniejsze niż w poprzedniém doświadczeniu. Z 24 godzin następnych zebrano moczu prawidłowego 1580cm.sz. o cięż. gat. 1.021. 30/8. Kąpiel tak samo z obmyciem odnogi, tym razem lewéj. Do 15 litrów wody przekroplonéj dano 15grm. chlorku rtęciowego. Kąpiel ogrzana na 28°C. trwała 65 minut. Objawy zadrażnienia skóry sublimatem bardzo nieznaczne, tak jak w dniu poprzednim. Moczu zebrano z 24 godzin po tém doświadczeniu 1530 cm. sześc. o ciężarze gat. 1.031. Razem użyto do badania chemicznego na rtęć moczu 3110cm.sz. Badano jak w poprzednich doświadczeniach, tylko że płyn przeznaczony do ostatecznego wykazania rtęci podzielono na dwie części. W pierwszéj wykazano rtęć na blaszce miedzianéj w postaci nieznacznego szarawego nalotu, który później o wiele wybitniéj wystąpił w postaci wniosu metalicznego na blaszce złotéj, a następnie dał dość wyraźną reakcyję z jodem, tworząc żółto-szkarłatny pierścień jodku rtęciowego. Do drugiéj części płynu dodano chlorku cynawego i otrzymano również reakcyję w postaci nieznacznego osadu szarawego. (Dok. n.)

II. Dodatek do artykułu o szwie kostnym w przypadkach świeżego złamania rzepki.

Podał Dr. Bogdanik w Biały.

Szan. czytelnicy Przeglądu Lekarskiego przypomną sobie przypadek poprzecznego złamania rzepki, opisany tamże w Nrze 17 i 18 z r. 1885, który leczyłem według metody Listerowskiéj przez spojenie odłamków drutem srebrnym. Mimo podeszłego wieku pacyjenta, który liczył lat 64, zupełnie zadowolić się należy wynikiem leczenia, gdyż, jak w owéj rozprawie nadmieniłem, zginał kolano do kąta 60°, potrafił chodzić po schodach i ujść z łatwością 2 kilometry. Stan ten z biegiem czasu znacznie się poprawił, bo zginanie kolana doszło do kąta prostego a chory odbywał wycieczki dość utrudzające. Tak np. w ciągu pół dnia odbył drogę z Biały do góry św. Józefa około 8 kilometrów odległéj, następnie wspiął się na szczyt góry wzniesiony 913 metrów ponad poziom morza i znowu pieszo powrócił do domu.

Szan. Czytelnicy owéj rozprawki przypomną sobie również wypowiedziane tamże zdanie: „Między odłamkami nastąpiło spojenie silne, zdaje się kostne". Do tak oględnego wyrażenia się skłoniła mnie okoliczność, że niektórzy autorowie twierdzą, iż przy poprzecznem złamaniu rzepki zrost kostny nastąpić nie może. Tego zdania między innymi jest Cooper (*Chirurg. Handbibliothek*, T. XVI, 1837, str. 139) a na stronnicy 143 w przytoczoném dziele pisze, że wprawdzie w takim razie, jeżeli torebka nie jest przedartą i odłamki szczelnie przylegają, spojenie kostne

prędzéj byłoby możebne, jednakże i wtedy wątpi o tém. Miał bowiem sposobność badania dwóch rzepek, w których się zdawało, że nastąpił zrost kostny, jednakże już po krótkiéj maceracyi spostrzeżono przesuwalność odłamków. To samo twierdzi Hueter (*Grundriss d. Chirurgie*, 1882, II połowa, str. 955) i inni. Jako przyczynę tego podaje Cooper gąbczastą budowę rzepki, szeroką płaszczyznę chrzęstną, wpływ silnych mięśni, i tę okoliczność, że kostnienie rzepki z natury bardzo powoli następuje. Prof. Rosenbach zaś sądzi, iż wsuwanie się części miękkich między odłamki rzepki przeszkadza zrostowi kostnemi (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1883, Nr. 20). Przez zeszycie odłamków znieść można wpływ mięśni, przy tym sposobie leczenia również usunąć można części miękkie z pomiędzy płaszczyzn złamania, odłamki zbliża się dokładnie i unieruchomienie jest zupełne a zatém w tym razie są idealne warunki do leczenia złamanéj kości, przeto zrost kostny nastąpić powinien. W moim przypadku byłem uprawniony do przypuszczenia, że zrost kostny nastąpił, gdyż nie można było wymacać przerwy ciągłości między odłamkami ani ich nie można było przesunąć. Przypomnę tu jeszcze, iż druty spajające odłamki wyjąłem dopiero po upływie 6 tygodni a późniéj jeszcze przez 2 tygodnie chodził chory w przyrządzie gipsowym.

Gdy tedy po upływie półtora roku operowany umarł w skutek opadowego zapalenia płuc a ordynaryjusz jego kol. Kupka zezwolenie rodziny zmarłego uzyskał, otwarłem staw kolanowy i wydobyłem złamaną rzepkę. I pokazało się, że mimo użycia jak największéj siły odłamki ani z przodu ku tyłowi ani z boku na bok przesunąć się nie dają. Przepiłowałem zatem rzepkę podłużnie t. j. w kierunku osi ciała. Między odłamkami rzepki znajduje się wąziutka smuga, bo ledwie 1mm. wynosząca barwy białéj o zbitości chrząstki. Próbowałem teraz przesuwalności odłamków ponad sobą i wtedy udały mi się nieznaczne ruchy z przodu ku tyłowi. Spojenie kostne zatém nie nastąpiło mimo to, iż przestrzeń między odłamkami była nieznaczna, że części miękkich pomiędzy nimi nie było, i że od złamania do oględzin pośmiertnych stosunkowo dość dużo czasu upłynęło, bo półtora roku, zatém przestrzeń czasu do kostnienia zupełnie wystarczająca. Może jednak w tym przypadku podeszły wiek chorego był przyczyną, że kostnienie nie nastąpiło? Podobne przypuszczenie nadwątliła następująca próba. Czytelnikom méj rozprawki wiadomo, iż prócz złamania poprzecznego rzepki na granicy dolnéj $1/3$ części, dolny odłamek jeszcze kilkakrotnie złamany był podłużnie, któreto odłamki jednak częściami miękkiemi ze sobą były spojone. Przepiłowałem zatém dolną część rzepki poprzecznie i przekonałem się, iż w miejscach złamania podłużnego wytworzyła się silna blizna kostna i że nie ma śladu kanałów w kości wywierconych, przez które przeprowadziłem druty.

Aby skończyć opis rzepki nadmienić jeszcze winienem iż po oddzieleniu części miękkich od przedniéj powierzchni kości widać było małe zagłębienie w miejscu spojenia odłamka górnego z dolnych a na powierzchni tylnéj w dolnéj części rzepki znalazłem ubytek kości, tworzący dwa zagłębienia. Jedno z nich jest téj wielkości, że weń włożyć można połowę dużego ziarnka grochu, zaś w drugie nieco większe połowę orzecha laskowego. Zagłębień tych podczas operacyi nie spostrzegłem. Nadto znalazłem w stawie kolanowym przy oględzinach pośmiertnych błony rzekome dosyć w tłuszcz obfitujące, których to błon podczas operacyi nie było i które niewątpliwie się wytworzyły w skutek urazu. Były one przyczyną upośledzonéj ruchomości w stawie kolanowym, w którym zginanie tylko do kąta prostego było możebne.

Spostrzeżenia te były dla mnie dostateczną zachętą, aby się niemi z kolegami podzielić, bo w obec tego, że złamania rzepki nader są rzadkie (sądzę, że przypuszczenie, iż stanowią 1% wszystkich złamań, jest jeszcze zanadto wygórowaném) a oględziny pośmiertne jeszcze rzadziéj się zdarzają, przeto każdy przypadek już dla swéj rzadkości ma pewną wartość. Na podstawie tego przypadku można stanowczo twierdzić, że dopiero oględziny pośmiertne upewniają, że zrost kostny nastąpił, choćby za życia wszystkie objawy za tém przemawiały. W obec tego w swém zestawieniu statystyczném obejmującém 99 przypadków poprzecznego złamania rzepki a leczonych przez zeszycie odłamków należy jeszcze wszędzie znak zapytania, gdzie operator podał, iż nastąpił zrost kostny. Tém samém należałoby podać w wątpliwość twierdzenie chirurgów, którzy przy leczeniu bez spojenia odłamków osiągnąć mieli zrosty kostne, a takich twierdzeń jest w ostatnich czasach dość dużo, szczególniéj ze strony angielskich chirurgów, którzy odmówić chcą racyję bytu krwawemu leczeniu tych złamań. To też Astley Bloxam, zwolennik operacyi podaje, że dokładne zbliżenie odłamków jest koniecznym warunkiem dla osiągnięcia zrostu kostnego, które tylko rzadko osiągnąć można przy innym sposobie leczenia (*The Lancet*, 3 lipca, 1886). Na poparcie tego zdania brak jednak oględzin pośmiertnych, które pytanie to rozstrzygnąć mogą, a o ile wiem jedyny dotąd przypadek, który niniejszém opisałem, dał w tym kierunku wynik ujemny.

Natomiast podaje Koenig w swym podręczniku chirurgii szczegółowéj, iż jest pewna ilość złamań rzepki, w których zrost kostny przez oględziny pośmiertne stwierdzono. Jakkolwiek nie podaje, czy to się odnosi do złamań poprzecznych, jednak ze związku to wynika. Również, o ile mnie się zdaje, były to przypadki leczone przyrządami. D. 7 stycznia r. b. okazał również Vincent Jackson na posiedzeniu *Wolverhampton and district medical society* rzepkę, którą sobie chory przed kilku laty złamał poprzecznie i spojenie kostne nastąpiło, jakkolwiek rzeczone złamanie leczono przyrządami (*The Lancet* 6go lutego, 1886). Przypadek ten jest niewątpliwy, tego samego jednak nie można powiedzieć o czterech przypadkach leczonych przyrządami gipsowemi, które opisano a jeden z nich nawet przedstawiono na posiedzeniu *medical society* w Londynie w dniu 12 kwietnia 1886, bo brak jeszcze oględzin pośmiertnych.

Zadaniem niniejszéj pracy nie jest rozstrzygnięcie pytania, czy szew kostny w tém złamaniu jest usprawiedliwionym zabiegiem operacyjnym, czy też potępić go należy i leczyć przyrządami; zacięty ten spór jednak w kierunku méj pracy dostarcza obfitego materyjału i spożytkować się da. Już Astley Cooper doświadczeniami na zwierzętach okazał, iż zrost kostny po poprzecznem złamaniu następuje, jeżeli ani okostna ani torebka stawowa nie była naruszoną. W niektórych przypadkach u ludzi to się przydarza, choć odłamki od siebie są oddalone i tu nasuwa się logiczny wniosek, że to będą owe przypadki szczęśliwe, oględzinami pośmiertnemi stwierdzone, gdzie zrost kostny nastąpił. Tego warunku nie było w mym przypadku, nie było w żadnym przypadku, gdzie szew kostny założono. Skrzętne notowanie każdego takiego przypadku jest zatém pożądaném, aby to przypuszczenie potwierdzić.

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Brunner: **O leczeniu złamań poprzecznych rzepki i wynikach ostatecznych takowego.**

Autor pobieżnie tylko traktuje przypadki powikłanego złamania rzepki, gdyż w obec otwartego stawu kolanowego wskazania lecznicze są jasne. Głównie natomiast zajmuje się daleko częstszemi przypadkami podskórnego złamania poprzecznego. Zamierza rozstrzygnąć tylokrotnie w ostatnich latach roztrząsaną kwestyję, czy w świeżych przypadkach podskórnego złamania rzepki poprzecznego należy w zasadzie posługiwać się metodami krwawego czy bezkrwawego leczenia, jakotéż któréj z tych dwóch głównych metod należy dać pierwszeństwo w przypadkach zadawnionych. Zestawia w tym celu w znacznéj części dokładne historyje chorób z przypadków leczonych w klinice zurychskiéj w ostatnich 25 latach przeważnie metodami bezkrwawemi i porównywa następnie wyniki w ten sposób otrzymane z wynikami otrzymanemi przez innych chirurgów, leczących te przypadki sposobami krwawemi.

W klinice zurychskiéj leczonych było przypadków podskórnego, poprzecznego złamania rzepki, połączonego z rozstępem odłamków 31. 29 razy przybyli chorzy do kliniki w pierwszych zaraz dniach po uszkodzeniu, prawie zawsze ze znaczném obrzmieniem stawu kolanowego. Z wyjątkiem jednego przypadku były zresztą wszystkie leczone w sposób bezkrwawy. Z licznych metod bezkrwawych posługiwano się głównie 3ma sposobami: 1) przez czas, w którym Billroth był kierownikiem kliniki używano sposobu następującego: odłamki zbliżano do siebie paskami plastru przylepnego na kolanie wyprostowaném, a następnie założywszy na wyprostowanéj odnodze ze zbliżnionemi za pomocą plastrów odłamkami opatrunek gipsowy, układano odnogę wysoko; opatrunek ten zmieniano 3—4 razy; 2) za czasów Rosego obok metody powyższéj używano, i to najczęściéj, metody Rosera, tj. założywszy na wyprostowanéj odnodze opatrunek gipsowy sięgający od więzadła Pouparta aż do palców u stopy, wycinano po nad rzepką czworokątne okno, aby przez nie módz stopniowo do siebie zbliżać odłamki przez wsuwanie kawałków waty pomiędzy opatrunek a górny odłamek; 3) Krönlein wreszcie używa jeszcze obecnie w przypadkach złamania poprzecznego ze znacznym rozstępem odłamków, celem zbliżenia tychże do siebie, klamry Malgaigna z modyfikacyją Trélata, polegającą na tém, iż haków klamry nie wbija się wprost w odłamki rzepki lecz w płytki gutaperkowe, którym się uprzednio nadaje kształt odłamków a następnie umocowuje na nich.

Wszystkie te metody mają na celu przybliżenie odłamków do siebie, stósowano je przeto dopiero wtedy, gdy obrzęk w stawie w znacznéj części był ustąpił, a następowało to w opisanych przypadkach średnio po 8miu dniach ciągłéj aplikacyi lodowych okładów na odnogę ułożoną na szynie rynienkowatéj. W przypadkach, gdzie rozstęp odłamków był nieznaczny, ograniczano się do opatrunku gipsowego. Raz usiłowano za pomocą punkcyi usunąć obrzęk większych rozmiarów, nie zdołano jednak wydobyć więcéj niż kilka kropel krwi.

Śledząc przebieg i ostateczny rezultat po tém leczeniu znajdziemy co następuje: O cyfrze śmiertelności w obec zaniechania wszelkich zabiegów operacyjnych naturalnie mowy nie ma. We wszystkich prawie przypadkach niepowikłanych ciepłota bywała normalną. Całkowita resorpcyja wysięku następowała średnio po 8—14 dniach, adaptacyja odłamków mogła już być poczętą po 8miu dniach. Zrośnięcie odłamków następowało średnio po dniach 40. 27 razy zrost był łączno-tkankowym, 2 razy, o ile to się *in vivo* da stwierdzić, kostnym. Szerokość blizny łączno-tkankowéj wahała się w granicach między 2 mm. a $1\frac{1}{2}$ cm., w kilku przypadkach stwierdzić się dawała tylko wąska szparka w chwili wypuszczenia chorych z kliniki. Chorzy pozostawali w klinice średnio przez 9—10 tygodni. Chodzić poczynali 60—70 dnia, o odnodze w kolanie wyprostowanéj. Chorych opuszczających klinikę zaopatrywano zrazu w szynę z blachy, którą mieli nosić rok cały; a to w celu uniknięcia wszelkiego zginania w stawie kolanowym. Obecnie przekonawszy się, iż chorzy tacy szyny téj nie nosili, wypuszcza się ich z opatrunkiem ze szkła wodnego.

Funkcyja odnogi choréj w chwili wyjścia z kliniki przedstawiała się u przeważnéj części chorych tak, iż byli oni w stanie chodzić najczęściéj bez kuli i bez laski, o kolanie nie wiele jeszcze zginać się dającém. Z 30 przypadków bezkrwawo leczonych, autor zdołał w 24 zasięgnąć bliższych wiadomości o dalszym losie tych chorych, u 14 nawet badany był w klinice stan ich po upływie rozmaicie długiego czasu, bo od $\frac{1}{2}$ do 17 lat. Z tych 24, 19tu wróciło po upływie $\frac{1}{2}$ roku do swéj dawnéj pracy zawodowéj, 2ch będących w późniejszym wieku (66 i 76 lat) zaniechało jéj, jeden z przyczyny trwałego unieruchomienia stawu doznawał nie małéj przeszkody w wykonywaniu pracy, jeden wreszcie zmuszony był zmienić zawód ciężki pokrywacza dachów na lżejszy parobka. Z pomiędzy tych 14 bliżéj badanych, 12 chodziło po równéj pozioméj drodze, tak, iż zaledwie ślad różnicy w ruchach obu odnóg dawał się spostrzedz. W jednym chód utrudniony był z powodu wyż już wzmiankowanéj ankilozy, w jednym z powodu *arthritis deformans*. Wreszcie co do 10 pozostałych chorych, o których tylko listownie wiadomości zasięgnąć można było, dowiedziano się, iż w 4 przypadkach chód był lekko utykającym.

Władza czynnego prostowania odnogi była wśród tych bliżéj obserwowanych przypadków 10 razy zupełnie prawidłową, 3 razy tylko do kąta 170°. Zginanie w kolanie równa się w chwili wyjścia chorych ze szpitala prawie zeru, wracała powoli i w ciągu lat stawała się coraz większą, tak że w przypadkach badanych w 10—13 lat po uszkodzeniu kąt największego zgięcia dochodził do 45°.

Lepsze lub gorsze zginanie i wyprostowanie odnogi w kolanie odbijać się naturalnie muszą w chodzeniu po drodze nieró, pochyłéj a więc i po schodach tak w górę jak i z góry na dół.

Badając dalszy los blizny łączącéj odłamki rzepki znaleziono w jednym przypadku, w którym w chwili wypuszczenia chorego z kliniki zrost był ścięgnisty, po latach 10 zrost kostny, w 13 pozostałych stwierdzono 2 razy złamanie ponowne jednego z dawnych odłamków, pęknięcia blizny włóknistéj nie stwierdzono ani razu. Natomiast znajdowano często bliznę tę rozciągniętą, nierzadko w dwójnasób, blizna stała się przez to cieńszą, wiotszą, a zmiana ta poczynała się z chwilą stawienia pierwszych kroków odnogą chorą i zwiększała się z biegiem lat.

Odnośnie do wpływu rozciągnięcia blizny, czyli co na

jedno wyjdzie, powiększenia rozstępu odłamków na czynność odnogi autor stwierdza, iż w 3 przypadkach, w których wynik czynnościowy był znakomity, rozstęp wynosił $1—1\frac{1}{2}$ cm., a w jednym przypadku mimo daleko jeszcze znaczniejszego oddalenia odłamków, bo wynoszącego 5 cm., funkcyja była tylko nieznacznie upośledzoną, albowiem odnoga mogła być do 170° prostowaną i *ad maximum* zginaną.

Ciekawém jest zachowanie się mięśni uda, a w szczególności mięśnia wyprostnego cz. czterogłowowego. Jeszcze wśród leczenia świeżego złamania spostrzedz można już po krótkim czasie, iż mięsień zwiotczał a zarysy jego podczas skurczu straciły na wydatności. Obwód uda po stronie złamania może już w 4 tygodnie po uszkodzeniu o 6 cm. być mniejszy niż uda zdrowego. Również i po latach stwierdzono we wszystkich przypadkach z wyjątkiem tylko jednego, pomniejszenie obwodu uda po stronie złamania i to tém większe, im szerszą była blizna, czyli im większe oddalenie odłamków. W przypadkach wybitnych, tj. gdzie miara okazuje różnicę obwodów $= 4\frac{1}{2}—5$ cm., daje się wychudnienie już wolném okiem łatwo stwierdzić.

Od szerokości blizny łączącéj odłamki okazuje się, podobnie jak stopień zaniku mięśni, również zależnym stopień zginania odnogi. A jednak dziwna, we wielu przypadkach mimo znacznego bardzo oddalenia odłamków chory prostuje odnogę prawie zupełnie a czynność w ogólności mało jest upośledzoną.

Że przy znacznym rozstępie odłamków czynność odnogi jest upośledzoną a względnie prostowanie w kolanie nie może się odbywać do prawidłowéj granicy, jest rzeczą jasną: mięsień stał się dłuższym, punkty przyczepienia pozostały te same; aby wywołać ten sam efekt, musi siła skurczu jego być tém większą, im większą jest różnica między długością jego obecną a poprzednią. Mięsień może się jednak odpowiednio skrócić i osiągnąć przez to swe dawne napięcie; jeżeli to nastąpi, wtedy czynność odnogi a względnie prostowanie w kolanie może mimo znacznego rozstępu odłamków wrócić zupełnie lub prawie do prawidła, gdy zaś retrakcyja mięśnia wyprostnego nie nastąpi a rozstęp odłamków jest znaczny, czynność odnogi może być do tego stopnia upośledzoną, iż chodzenie staje się niemożebném.

Autor przyznając mięśniom prostującym ważną rolę w sprawie gojenia złamań poprzecznych rzepki a raczéj powrotu odnogi do prawidłowéj funkcyi, radzi, aby je na przyszłość więcéj uwzględniano niż to dotychczas czyniono, a mianowicie poleca szybko rozwijający się zanik w skutek unieruchomienia dłuższego zwalczać przez elektryzowanie prądem przerywanym. Warto przytoczyć za autorem przypadek Guyona, w którym złamanie rzepki poprzeczne zagojone było blizną łącznotkankową na 4 cm. szeroką, zanik mięśnia prostującego znaczny, mięsień całkowicie porażony, funkcyja jak najgorsza, po 2-miesięczném leczeniu prądem przerywanym mięsień nie tylko że się kurczył, ale kurczył się silnie a chory szedł prawie nie utykając.

Kończąc uwagi swe nad przypadkami leczonemi bezkrwawo w klinice zurychskiéj nadmienia B., iż w przypadkach badanych lata całe po uszkodzeniu ani razu nie stwierdzono wysięku w stawie, ani też chorzy nie podawali, jakoby kiedykolwiek staw im miał obrzmieć; odpada więc zarzut czyniony przez zwolenników punkcyi stawu, jakoby po urazowém wynaczynieniu do stawu a samém sobie pozostawioném miała powstawać chroniczna puchlina stawu. (Dok. n.)

(β) **Gaza jodoformowa Billrotha** według Ghillanyego, zarządcy apteki w szpitalu powszechnym wiedeńskim, przygotowuje się w następujący sposób:

Glycerin. 500 grm.
Colophon. 1000 grm.
Spir. vini rectificatiss. 10,000 grm.
Jodoform. pulv. subtiliss. 4 grm. na 200 metrów wybielanéj organtyny. (*Allg. medic. Central Ztg.* 1886, 69).

Okulistyka.

Abadie: **O niektórych własnościach zapalenia nerwu wzrokowego skutkiem obrzęków mózgowych.**

Zapalenie to, zazwyczaj typowe, może się łączyć niekiedy z rozlaném zapaleniem siatkówki dokoła tarczy n. wz. z wypocinami ograniczonemi, białawemi i lśniącemi, które mogłyby nasunąć podejrzenie zapalenia siatkówki pochodzenia nerkowego. Naodwrót spostrzegać można w przypadkach zapaleń siatkówki skutkiem zapalenia nerek śródmiąższowego, oprócz zwykłych zmian w siatkówce, także zapalenie tarczy n. wz., wzbudzające podejrzenie, że obrzęk mózgowy jest jego przyczyną. Celem uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu tych trudnych przypadków zwracać należy uwagę na następujące okoliczności. W tych nawet przypadkach, w których zapalenie n. wz. wywołane przez obrzęk mózgowy łączy się z zapaleniem siatkówki z wypocinami, uderza w obrazie wziernikowym przedewszystkiém zapalenie tarczy, którego objawy górują, podczas gdy zmiany siatkówkowe są mniéj wybitne, a plamy wypocinowe porozrzucane bezładnie nie tworzą plamki żółtéj figury gwiazdkowatéj, cechującéj zapalenie siatkówki pochodzenia nerkowego. Jeżeli przeciwnie w przypadku cierpienia ocznego, wywołanego przez zapalenie nerek, wystąpi, prócz zwykłych zmian siatkówkowych, także i zapalenie tarczy, odgrywa ono rolę podrzędną, nie dochodzi nigdy do bardzo wysokiego stopnia, a natomiast uderza badacza najmocniéj cechujące wejrzenie plamki żółtéj. Jeżeli nareszcie w przebiegu cierpienia mózgowego, którego przypady zdają się przemawiać za obrzękiem, wystąpi nadwerężenie wzroku, mogące się nawet wzmódz do zupełnéj ślepoty, to nawet w takim razie, gdy się nie znajdzie zapalenia n. wz., lecz proste tylko, nieznaczne przekrwienie, po którém wytwarza się zanik zwolna postępujący, nie można z tego wnosić, że nie ma obrzęku mózgowego. Wolno jedynie przypuścić, że obrzęk zamiast się ograniczyć i na szypułce osadzić zajął w sposób rozlany mniéj lub więcéj rozległą część istoty mózgowéj. (*Union médicale*, maj 1886. *Annal. d'Oculist.*, lipiec, sierpień, 1886). *Rydel.*

Fr. Rückert: **O zapaleniu, spojówki, tęczówki i stawów na tle rzeżączkowém.**

Odkąd okulistyka poczęła bardziéj uwzględniać ogólny stan chorych i poszukiwać związku przyczynowego chorób ocznych z innemi stanami chorobowemi, mnożą się spostrzeżenia wykazujące, jak często oko bierze udział w cierpieniach nieraz odległych części ciała.

W ostatnich czasach ogłoszono przypadki t. z. rzeżączkowego zapalenia spojówki bez przyrzutu. U osób z rzeżączką bądź ostrą bądź przewlekłą rozwija się obustronne zapalenie spojówek tak powiekowych jak gałkowych z przebiegiem dość łagodnym, z wydzieliną przeważnie śluzową. Związek zaś z cierpieniem pierwotném uwydatnia się tak jasno, że z każdym nawrotem rzeżączki pojawia się zapalenie spojówek, często nawet równocześnie z wybuchem rzeżączkowego zapalenia stawów.

Przed kilku tygodniami ogłosił R. przypadek obser-

wowany w klinice prof. Sattlera w Erlandze, który na tém większą zasługuje uwagę, że w zależności od rzeżączki kilkakrotnie nabytéj występowała nietylko *conjunctivitis* ale i *iritis*, a nawet *iridocyclitis* obok zapalenia stawów. W r. 1882 nabawia się pacyjent R. rzeżączki, wśród téjże zapalenie spojówek i stawów. Po 2 latach zakażenie powtórne, w ślad za niém zapalenie stawów kolanowych i zapalenie tęczówki oka pr. W r. 1885 trzecia z rzędu rzeżączka i znowu obustronne zapalenie spojówek i stawów, tym razem zaś nadto zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego oka pr. Nieco późniéj recydywa rzeżączki a za nią *iridocyclitis* oka lewego. I tak aż do końca r. 1885 po kolei zapalenie spojówek, tęczówki, ciałka rzęskowego i stawów, i zawsze w towarzystwie albo świeżéj albo odnawiającéj się rzeżączki. Przebieg tych zapaleń, wyjąwszy zapalenie spojówki, był w ogóle ciężki, na uwagę zasługuje tylko mała skłonność wysięków do organizacyi. Z tém wszystkiém na prawém oku nie odzyskał już chory normalnéj bystrości wzroku a to skutkiem licznych nawrotów *iridocyclitis* mimo ochronnéj iridektomii. Na przebieg sprawy zapalnéj w stawach kwas salicylowy zgodnie z innemi spostrzeżeniami nie okazał najmniejszego wpływu.

Jak pojmować te cierpienia oka na tle rzeżączki, tego autor nie kusi się tłumaczyć, przeczy tylko stanowczo, jakoby to zapalenie spojówki polegało na prostém przeniesieniu zarazka rzeżączkowego na spojówkę, temu bowiem nie odpowiada ani łagodny przebieg, ani obustronne, prawie równoczesne zajęcie obu ócz; przeciw przypuszczeniu zaś, jakoby dobrotliwość przebiegu mogła być skutkiem złagodzenia zarazka, przemawia fakt, że zapalenie to właśnie w ostrym okresie rzeżączki najczęściéj się zdarza, gdzie o złagodzeniu jadu nie może być jeszcze mowy. *(Klin. Mbltt f. Augenhk.* 1886, wrzesień).

Do nie licznéj kazuistyki tego dotąd świeżego przedmiotu mogę dodać przypadek, który w sierpniu br. miałem sposobność obserwować w klinice czcigodnego mego b. szefa Dra Wicherkiewicza w Poznaniu. Na dwa tygodnie przed zgłoszeniem się do zakładu nabawił się p. P. W. rzeżączki, dwa dni zaś przed przybyciem po poradę poczuł zrana silny ból i pieczenie w obu oczach, przyczém powieki szybko obrzmiały. Znalazłem powieki znacznie obrzękłe, dość obfitą wydzielinę przeważnie jednak śluzową, z małą tylko domieszką ropy, spojówki powiek dolnych i załamków górnych rozpulchnione, żywo czerwone, spojówki gałkowe w stanie silnego przekrwienia ale bez znamion *chemosis.* Zmiany te w równym stopniu znajdowały się na obu oczach. Z cewki moczowéj wydobywała się obficie ropa. Nie znając jeszcze wówczas pracy Haltenhoffa, ani późniéj dopiero ogłoszonéj Rückerta, sądziłem zrazu, że mam do czynienia z rozwijającém się zakażeniem rzeżączkowém, mimo, że względnie małe nasilenie objawów nielicowało z 2-dniowém trwaniem cierpienia. Ku temu też zdążało leczenie, polegające na wkraplaniu sublimatu $2\%_{00}$ co $\frac{1}{2}$ godz. i stosowaniu okładów zimnych. Zdziwienie moje było nie małe, gdy wbrew oczekiwaniu objawy już drugiego, a bardziéj jeszcze 3go dnia znacznie złagodniały, przekrwienie spojówek gałkowych zmalało, wydzielina stała się skąpszą, a tylko obrzęk powiek utrzymywał się jeszcze. Bez obawy przystąpiłem do lapisu, a po 3ch dniach wszystkie objawy ustąpiły z pozostawieniem lekkiego obrzęku powiek. Rzecz godna uwagi, że w tym samym niemal czasie i rzeżączka zaczęła wyraźnie ustępować. Nie mogąc takiego przebiegu przypisać poronnemu działaniu sublimatu (od dnia bowiem przypuszczalnéj injekcyi upłynęło najmniéj dni trzy) począłem powątpiewać o zakaźnéj naturze tego zapalenia, a dziś przypadek ten zaliczyć muszę do rzędu „zapaleń rzeżączkowych bez przyrzutu“. (Uwagi sprawozdawcy). *Dr. Sroczyński.*

Choroby nerwowe.

Dr. Barbez: O usposobieniu do skurczów, a w szczególności o skurczach wywoływanych u osób histerycznych uciskiem taśmą Esmarcha.

Prof. Charcot nazwał usposobieniem skurczowém *(Diathèse de contracture)* szczególny stan nerwowy, nie będący istotnym skurczem lub porażeniem, a mającym przecież styczność z jednym lub drugiém. Teoretyczna strona sprawy usposobienia skurczowego została wyczerpująco opisana w niewydanéj jeszcze pracy Richeta, którą Dr. Barbez miał w ręku. Idąc za zasadniczemi poglądami Richeta wykrył Barbez sposób wywoływania objawu skurczowego, i zastósował go do klinicznego rozpoznawania macinnictwa. Rzecz się miała jak następuje: przed rokiem wykładał Charcot o chromaniu przepuszczającém, spowodowaném mniéj więcéj zupełném zatkaniem tętnicy pewnego członka; sztywność i skurcze tego członka przypisywał Charcot niedokrewności tętniczéj. Dla przekonania się o prawdziwości tego przypuszczenia użył Charcot taśmy Esmarcha dla wywołania niedokrewności członków uciśniętych i doświadczenie odbył na autorze i kilku asystentach, lecz bez skutku, skurcz nie powstał. Inaczéj rzecz przedstawiła się, kiedy do doświadczeń użyto osób histerycznych: skurcz powstał już po założeniu pierwszych skrętów taśmy; okoliczność ta przekonała Charcota, że nie sama niedokrewność tętnicza mięśni jest powodem skurczów, że decydującém tu jest usposobienie skurczowe. W dalszym ciągu Barbez opisuje różne sposoby, jakich używał w stósowaniu taśmy Esmarcha i zawsze z dodatnim skutkiem, tj. w miarę zajęcia dalszych mięśni nowemi skrętami taśmy skurcz natychmiast w nich powstawał; tę samą usługę oddaje sznur kauczukowy. Pozostawiając taśmę czas dłuższy, spostrzegł B., że skurcz wolnieje a w końcu znika, tak że długotrwałość niedokrewności tętniczéj znosi skurcz wywołany uciskiem. Po zdjęciu taśmy uciskowéj skurcz zazwyczaj natychmiast ustaje; autor spostrzegał jednakże dwa razy wyjątkowe zachowanie się: w jednym przypadku skurcz opanował całe ciało i tylko ogólne mięsienie rozluźniło go, w drugim skurczowi uległa tylko prawa połowa ciała.

W obec wielkiéj łatwości wywołania objawu skurczowego i ze względu na jego częste powstawanie u osób histerycznych, doświadczeniami swojemi przysporzył Dr. Barbez doskonały sposób rozpoznawania histeryi, jeśliby rozpoznanie tego zboczenia natrafiało na rzeczywiste trudności. Autor badał usposobienie skurczowe u 70 osób histerycznych (43 kobiet, 27 mężczyzn) i wywołał objaw skurczowy u 52 (33 kobiet, 19 mężczyzn); przekonał się on, że chorzy na usposobienie skurczowe z postępem doświadczeń wydoskonalają się w zdolności wywoływania objawu skurczowego, zwłaszcza jeśli przed doświadczeniami przez postukiwanie ścięgien rozbudzono w nich wrażliwość mięśniową i pobudliwość zwrotną rdzenia. Chorzy zazwyczaj nie podejrzywają w sobie usposobienia do skurczów; znajdują się jednak tacy, którzy zeznają, że ciskając np. kamień, lub uderzając silnie, pozostają zazwyczaj chwilę jakby skamienieli w téj postawie, którą nagle przy wysiłku zajęli. Oprócz ucisku taśmą Esmarcha objaw skurczowy można wywołać u osób histery-

cznych: 1) głębokiém mięsieniem, 2) kilkakrotném uderzaniem po ścięgnie, 3) targaniem członków, 4) faradyzacyję mięśni i nerwów, 5) magnetyzowaniem, 6) lekkiém pocieraniem skóry.—Uciśnięcie taśmą jednoczy w sobie kilka wyżéj wymienionych bodźców. Niektórzy chorzy potrzebują silnych bodźców do wywołania skurczu (mięsienia, ucisku taśmą, uderzania ścięgien), innym wystarcza lekkie dotknięcie skóry. Prof. Charcot poczynił na podstawie powyższych doświadczeń cenne wnioski o oddziaływaniu różnych organizmów na urazy: jedne dostają skurczów przy lada otarciu skóry, oparzeniu itd., drudzy doświadczają tych objawów dopiero po urazie głębokim, dosięgającym mięśni, ścięgien i nerwów. *(Le Progrès Médical* Nr. 41). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Dr. Comanos Bey: **Działanie wielkich dawek kokainu na ośrodki nerwowe.**

Ciekawy przypadek nadużycia kokainu obserwował Dr. C. B. w Kairze u jednego ze swoich chorych. — Nałogowy morfinista chcąc się odzwyczaić od morfinu udał się do niego o poradę i ten mu zalecił wstrzykiwanie 0,05 *cocaini mur.* 3—4 razy dziennie. Odzwyczajając się od morfinu wstrzykiwał sobie coraz większe dawki kokainu, tak że doszedł do 0,5—0,8 dziennie i w ten sposób stał się nałogowym kokainistą. Przy takich dawkach czuł brak apetytu, znaczne rozdrażnienie, szum w uszach, od czasu do czasu krótkowzroczność i złudzenie w zakresie zmysłów słuchu i wzroku. Te znowu objawy chory usuwał sobie przez wstrzykiwanie morfinu. Naraz dostaje półpaśca i to go zmusza do podwojenia dawki kokainu, tak że w przeciągu 2—3 dni wstrzykiwał sobie dziennie po 1—1½ grm. kokainu. Dostał wówczas drzenia odnóg, omdlenia mięśni, moczociekn, braku apetytu, snu i nadzwyczajnego rozdrażnienia; spojówki oczne były nastrzykane, wzrok osłupiały, nadto tak silne miewał złudzenia w zakresie zmysłów wzroku, słuchu i powonienia, że w tym stanie strzelał kilkakrotnie do swego służącego. Chorego odwieziono do szpitala, gdzie się powoli uspokoił, otrzymując dziennie 3 razy po 0,05 morfinu. W kilka dni miał się już tak dobrze, że się przyznał do nadużycia kokainu i zarzekał się go zupełnie. *(Berl. klin. Woch.* Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

Higijena.

C. Frankel: **Grzybki w lodzie.**

Towarzystwo akcyjne berlińskie wyrabiające lód z wody przekroplonéj zwróciło uwagę urzędu zdrowia państwowego i różnych stowarzyszeń lekarskich na szkodę dla zdrowia, jakaby mogła wyniknąć niekiedy z używania lodu. Do podania dołączono wyniki licznych badań, których dokonał Dr. Bischoff. Mianowicie przekonał się badacz ten, że lód zawierał bardzo wiele grzybków, ile ich nawet woda do gospodarczego użytku wcale zawierać nie powinna, chociaż badanie chemiczne jego dawało wyniki zadowalające. Zarząd zdrowia stwierdził to samo badając lód, pochodzący z rozmaitych źródeł i biorąc liczne próbki lodu natychmiast po stopieniu. Na powierzchni zawierał lód o wiele więcéj grzybków aniżeli ich w środku bryły znaleziono i tém więcéj było w nim grzybków, z im więcéj zanieczyszczonéj wody pochodził. Woda zaś przekroplona daje lód, wolny od zarodników grzybkowych zdolnych do rozwoju. Nie znaleziono atoli dotąd w lodzie grzybków chorobotwórczych, jak tyfusu, karbunkulu itp. Mimo to ze względów sanitarnych nie jest obojętném używanie lodu przy opatrywaniu ran i przy oziębianiu napojów, jakich używamy. *(Zeitschrift für Hygiene* I, 2). *Dr. Buszek.*

(β) **Budowa tłuszczów i metoda Taylora do odróżniania masła od tłuszczów.** W r. 1879 podał T. Taylor w nowojorskim *Microscopial Quaterly Journal* jako zasadniczą różnicę między masłem a innemi tłuszczami (łojem wieprzowym, wołowym) układ krystaliczny, cechujący poszczególne rodzaje tłuszczu, a który w świetle polaryzowaném występuje. Ścisłe w tym względzie badania, przeprowadzone w berlińskim Urzędzie zdrowia, wykazały jednak, że w optycznych właściwościach kryształków różnego rodzaju tłuszczów nie ma żadnéj wybitnéj, stale cechującéj różnicy, lecz że przeciwnie w pewnych warunkach tłuszcze odmiennego pochodzenia przyjmują jednakowy układ krystaliczny. *(Deut. Chemiker-Ztg.)*

Medycyna sądowa.

Prof. Belky: **Przyczynki do nauki o gazach trujących.**

Rozróżniamy obecnie trzy rodzaje gazów szkodliwych. Do pierwszych zalicza się gazy t. z. obojętne, któremi oddychać można bez szkody dla zdrowia, jeżeli tylko są zmieszane z odpowiednią ilością tlenu; reprezentantem téj grupy jest azot. Do drugiéj grupy należą gazy, których wdychanie sprowadza kurcz głośni, a jeżeli się je wprowadzi rurką do tchawicy, niszczą miąższ płuc: chlor, fluor, kwas podazotowy, pary kwasu chlorowodowego itd. Do trzeciéj należą gazy, któremi można wprawdzie swobodnie oddychać, które jednak dostawszy się do krwi działają szkodliwie lub nawet zabójczo. Tak działa przedewszystkiém tlenek węgla, tutaj téż zaliczyć należy tlenek azotu, kwas siarko-fosforo- i arsenowodowy itd. B. ograniczył się wśród swoich poszukiwań do ciał gazowych ostatniéj kategoryi i starał się o dostarczenie dowodu, że działanie ich trujące polega rzeczywiście na łączeniu się z hemoglobiną krwi i odejmowaniu jéj zdolności do przyjmowania tlenu. Liczne a gruntowne badania, przedsiębrane dotąd, miały zawsze za przedmiot krew poza obrębem naczyń krwionośnych człowieka lub zwierząt, zdołano nawet przedstawić krystaliczne połączenia gazów trujących i hemoglobiny krwi. Czy we wszystkich przypadkach powstajęte połączenia już we krwi krążącéj, t. j. w organizmie żywym, jest dotąd, przynajmniéj co do większéj liczby wyliczonych gazów, wątpliwém. Aby krew krążącą uczynić dostępną badaniu widmowemu, używa B. spektroskopu *à vision directe* i bada części ciała pokryte cienkim przyskórkiem lub błony śluzowe obfitujące w naczynia, nie w świetle przepuszczoném, jak się to czyni przy badaniu płynów, lecz w świetle odbitém. Badając w ten sposób stronę dłoniową małego palca u ręki, mógł B. spostrzedz dokładnie widmo odpowiednie hemoglobinie utlenionéj, skoro zaś ostatni członek tegoż palca podwiązał, tamując w ten sposób dopływ tętniczy, przekonał się, że po upływie krótkiego czasu następowała redukcyja. Doświadczenia toksykologiczne przedsiębrał na starannie ogolonych uszach królików, przyczém przekonał się, że gdy zwierzę oddychało gazem świetlnym (6.46% CO) zmięszanym z powietrzem, nie następowała redukcyja zupełna po podwiązaniu ucha, lecz pręgi odpowiadające hemoglobinie tlenko-węglowéj można było wyraźnie spostrzedz. Skoro zwierzęciu dozwolono następnie przez pewien czas oddychać czystém powietrzem, można było niebawem spostrzedz redukcyję oksyhemoglobiny po podwiązaniu ucha. Na téj podstawie przypuszcza B., że badania tego rodzaju można będzie czynić wśród usiłowań leczniczych na osobach zaczadzonych, podwiązując im ostatni członek małego palca i widzieć, czy redukcyja następuje w zupełności lub nie.

O kwasie sinowodowym przekonał się B., że nie łączy

się chemicznie z krwią krążącą, lecz sprawia, iż związek hemoglobiny z tlenem staje się silniejszym a krew także nie jest zdolna do odtlenienia się w tkaninach. Tlenek dwuazotu zwany także gazem rozweselającym zalicza autor na podstawie tych doświadczeń w poczet gazów obojętnych; tlenek azotu utlenia się kosztem tlenu krwi na kwas podazotowy, lecz przerywając doświadczenie w odpowiedniéj chwili można się przekonać, że nie zaszły we krwi takie zmiany, któreby stały na przeszkodzie dalszemu tworzeniu się oksyhemoglobiny wśród oddychania czystém powietrzem. Kwas siarkowodowy odtlenia krew krążącą nader szybko, śmierć zwierzęcia nastaje nagle, lecz gaz ten nie łączy się z krwią i nie odbiera jéj wcale zdolności do utlenienia się w skutek działania powietrza i ta okoliczność stoi w zgodzie z doświadczeniem, że przy sekcyjach osób otrutych czyto czystym H_2S czy téż to gazami kloacznemi badanie widmowe krwi zawsze bywa bezskuteczném.

Jak widać z przytoczonych szczegółów podjął B. badania według całkiem nowéj metody dotąd nie znanéj. Pewność, z jaką podaje rezultaty uzyskane i dokładność posunięta tak daleko, że nawet pręgi oksyhemoglobinowe może odróżnić od pręg odpowiadających COHb, usposabiałyby czytającego bardzo korzystnie dla autora, gdyby nie ta luka w całym opisie, że autor nie podaje wcale, jakiego światła używał do tych badań, gdyż, o ile się przekonaliśmy, zwykłe dzienne światło bez użycia jakichkolwiek przyrządów oświetlających nie jest dostateczném do badań tego rodzaju nawet na względnie cienkich błonach śluzowych, tak że nawet widma odpowiadającego oksyhemoglobinie widzieć nie można. (*Virchows Archiv f. path. Anat.*, t. 106, z. I, 1886).

Dr. Schaitter.

Prof. Flores w Meksyku ogłosił pracę o **błonie dziewiczéj**, i dochodzi do następujących wniosków: 1) Brak bł. dziewiczéj zdarza się rzadko w Meksyku. 2) Najczęstszemi są postacie: pierścieniowata, wargowa, półksiężycowa, podkówkowa. 3) Bl. dz. strzępiasta jest tylko odmianą innych postaci. 4) Zboczenia są nierzadkie (8%) a niektóre, jak otwór podwójny, zdarzają się częściéj, niż w Europie spostrzegano. 5) Postać otworu jest ważną pod względem sądowolekarskim, bo od niéj zależy wielkość oporu przeciw ciałom obcym, wnikającym do pochwy. 6) Opór ze strony bł. dz. wargowéj ma się do oporu, stawianego przez błonę dz. pierścieniową, podkówkową i półksiężycową jak 6:4:3:2. 7) Postać wargowa przeważa u dziewcząt do 10 roku życia, późniéj przeważa postać pierścieniowa. 8) O ile się rozchodzi o zgwałcenie, należy znać postacie bł. dziewiczéj u dziewcząt mających nad 10 lat, w którym to czasie błona już ma postać stałą. 9) Postać bł. dziewiczéj zmienia się z wiekiem dziewcząt. (*St. Petersburger med. Woch.* 1886, Nr. 39). *L. B.*

(β) **Bliższe szczegóły o heminie.** Połączenie heminy z alkoholem amylowym, jakie otrzymali Nencki i Sieber za pomocą wyciągnięcia czerwonych ciałek krwi mięszaniną alkoholu amylowego i kwasu solnego, utraca całkowicie w ciepłocie od 130—135° w powietrzu alkohol amylowy, przyczém kryształki co do formy nie zmieniają się wcale, stają się jedynie mocno hygroskopijnemi a składowi ich chemicznemu odpowiada wzór $C_{32}H_{31}ClN_4FeO_3$. Z rozpuszczonych kryształków w rozcieńczonym ługu sodowym otrzymać można czystą hematynę, któréj skład chemiczny da się przedstawić wzorem $C_{32}H_{32}N_4FeO_4$. Okazuje się zatém, że hemina rozpuszczona w alkalijach przechodzi w hematynę przez odszczepienie się kwasu solnego, w miejsce którego wchodzi drobina wody. Chlor w kryształkach heminy prawdopodobnie nie wiąże się z wodem, ale połączony jest z węglem albo téż żelazem, a przemiana heminy w hematynę polegać się zdaje na zastąpieniu chloru hydroksylem. (*Deut. Chem. Ztg.*)

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

3) Przy silném kauteryzowaniu naczynia azotanem srebrowym dziwnym sposobem silniéj dotknięte są warstwy wewnętrzne aniżeli zewnętrzne, w bezpośredniéj styczności ze środkiem żrącym pozostające. Wówczas wytwarza się na błonie wewnętrznéj naczynia strup, który się rychło od niéj oddziela i faluje wśród światła naczynia. Na nim tworzą się zakrzepy, które składają się przeważnie z płytek krwi, ale które obok leukocytów i ciałek czerwonych krwi okazują i nitki włóknika. Nitki te, skąpe co do ilości, rozpościerają się pomiędzy czopkami zakrzepów, tworząc siatkę, która mieści w sobie wiele ciałek białych i czerwonych krwi, a nawet i drobniejsze czopki z płytek krwi złożone. W ogóle nigdy nie brak włóknika w zakrzepach, które powstały około ciała obcego, wprowadzonego do światła naczynia. Z samego tylko początku można zauważyć jedynie nagromadzenia samych płytek krwi. Tenże sam obraz napotyka się, skoro przewlekamy nitki przez światło naczyń.

4) Przypalanie naczyń galwanokauterem lub igłą rozżarzoną w celu silniejszego powierzchownego kauteryzowania nie doprowadza do celu, gdyż mimo znacznéj ostrożności sprawia się przedziurawienie takowych.

5) Zaciśnięcie pincetą przez pięć minut naczynia do połowy obwodu w 2 miejscach nie bardzo od siebie odległych, przyczém pół ściany naczynia uległo zmiażdżeniu, i pozostawienie następnie takowego po odjęciu pincety przez 10 minut nie wywołało nawet drobnowidowego zakrzepu.

6) Również ujemny był wynik dwukrotnie co do wywołania zakrzepu, skoro na naczynie położy się kryształek chlorku sodu, pomimo że tenże leżał na nim od 10—20 minut. Zgęszczony kwas chlorowodowy, który na pozór wywołuje zblednienie znaczne ściany naczynia na długość 2cm., dał wynik ujemny co do wywoływania zakrzepu. A nie tylko że nie było zakrzepu, ale nawet nie było zmiany naczynia, o któréj należałoby sądzić z makroskopowego wejrzenia.

7) W dwóch przypadkach silnego kauteryzowania kamieniem piekielnym wynik znany (v. 3); w trzecim, gdzie działanie nie było tak silne, w niektórych miejscach był nadwerężony i śródbłonek, o czém po czarném zabarwieniu można było wnosić, jednak zakrzepu nigdzie nie znaleziono.

III. Konglutinacyja a koagulacyja. Badając cały szereg zakrzepów, które wywołane zostały jakimkolwiek bodźcem, przychodzą autorowie do przekonania, że one przeważnie składały się z płytek krwi. Otwór powstały za nakłóciem naczynia, wszelka rana cięta, zaczopywały się płytkami krwi, które pośrednio uległy znanéj już nam przemianie, a porozrywane i zmiażdżone części ściany wewnętrznéj naczynia stanowiły punkt wyjścia tych płytkowych czopków. Kształt ich i długość bardzo rozmaity; raz zakrzep przedstawia się jako masa zbita i okrągła, drugi raz jako łańcuch złożony z pojedynczych bryłek. Nagromadzone płytki zlepiają się i stapiają a ulegają przemianie w ten sam sposób, jak we krwi wynaczynionéj, skoro się zetkną z nadwerężoną

ścianą naczynia, z ciałem obcém wprowadzonem do światła jego lub ze zmienioną już inną płytką. Najpierw stają się zygzakowate, później wyróżniają się na masę środkową, połyskującą, gruboziarnistą, i na obwodową bezpostaciową, jednostajną, niekiedy i drobnoziarnistą, stają się śliskiemi i w końcu w obwodowych częściach się zlewają. Większe masy płytek krwi, które przechodzą cały ten cykl przemiany zlepnéj w początku, skoro właśnie zaczynają przybierać postać zygzakowatą, czyni wrażenie masy gruboziarnistéj; w miarę dalszego postępowania przemiany przyjmują wejrzenie drobnoziarniste, a im bardziéj ich części obwodowe się ze sobą zlewają, tém utkanie ich coraz jednostajniejsze i coraz więcéj traci na wyrazistości budowy. Ta cała przemiana w zakrzepie bardzo szybko postępuje, gdyż już w 4 do 5 minut po wytworzeniu się przybiera on wejrzenie drobnoziarniste lub jednostajne, bezpostaciowe. Drobnoziarniste masy innych czopków okazują często właściwe, obłoczkowate wejrzenie. Że zaś szereg tych zmian w płytkach, który tak łatwo na każdym zakrzepie wytwarzającym się wśród krwi krążącéj obserwować można, na stwardniałych preparatach mniéj wyraźny, polega na tém, że płytki znajdujące się wśród światła naczynia nie mogą być dostatecznie szybko ustalone. Wniknięcie wyskoku, cieczy Müllera, mięszaniny kwasu chromowego i osmowego itd. przez ścianę naczynia tak zwolna następuje, że i świeże czopki i świeższe części dawniejszych mogą już poprzednio przebyć cały szereg zmian powyższych.

Czerwone ciałka krwi, podobnie jak i białe, w ten sam sposób uczestniczą w budowie zakrzepu. W ogóle stosunkowo do płytek krwi ilość ich bardzo skąpa. Szczególnie rzadko się nagromadza większa ilość ciałek czerwonych i białych w środku zakrzepu, o wiele rychléj na obwodzie. Widać, że one nie biorą czynnego udziału, lecz stanowią przypadkową domieszkę. Jeśli obrysy zakrzepu gładkie, to zwykle brak ich zupełny; inaczéj gdy powierzchnia nierówna, pokryta licznemi zagłębieniami, które naówczas mieszczą w sobie znaczniejszą ilość ciałek białych. Jeśli czerwone i białe ciałka krwi znajdują się we wnętrzu zakrzepów, to świadczy to o połączeniu się kilku drobnych, które zlewając się zabierały i je ze sobą.

Opisując zakrzepy wywoływane w naczyniach sieci lub krezki zwierząt ssących nadmienili autorowie, że one składały się wyłącznie ze złogów płytek krwi, że ciałka czerwone i białe krwi stanowiły tylko przymieszkę, a nie wspominali o włókniku. Ten pojedynczy skład okazuje przeważna ilość zakrzepów wywołanych przez odsznurowanie, rany kłute i cięte w naczyniu. Natomiast, jeśli większe naczynia drażnili azotanem srebrowym, przez co wytworzył się w nich znaczniejszy strup, lub jeśli wprowadzili do ich światła ciało obce, to można było widać pomiędzy czopkami i nitki włóknika. Po przeprowadzeniu nitki przez naczynie z samego początku osadzały się na nich same płytki, a następnie po 4—6 minutach dołączały się i nitki włóknika. Pierwszorzędną więc była zmiana w płytkach krwi i ich zespolenie się, wtórorzędną zaś dopiero wytworzenie się włóknika. Nie można też dopatrzyć się związku przyczynowego pomiędzy oboma zjawiskami, mianowicie jakto Hayem i Bizzozero swego czasu sądzili, jakoby alteracyja płytek wywoływała tworzenie się włóknika, bo tak nie jest, a dowodem tego są liczne zakrzepy, znaczne, rozległe, a jednak ani nitki włóknika w sobie nie zawierają. Skrzepnięcie bowiem krwi a zlanie się płytek krwi sąto zupełnie odrębne sprawy, nie mające nic ze sobą wspólnego. Płytki stanowią normalny składnik krwi, a tworzenie się czopków polega na sprawie zlepnéj, podczas gdy przez krzepnienie należy rozumieć wydzielenie się włóknika, wytworzenie się zupełnie nowego stałego ciała ze surowicy. (Dok. nast.)

(β) **Zakażenie gruźlicze drogą przewodu pokarmowego i osłabienie prątków gruźliczych przez sprawy gnilne.** H. Fischer wywoływał u królików przez jednorazowe wprowadzenie jadu gruźliczego wziętego z świeżo zabitego zwierzęcia, w przeciągu 6—8 tygodni typową gruźlicę błony śluzowéj jelit, gruczołów krezkowych i wątroby. Jeżeli podawany jad zawarty był w materyi gnijącéj, natenczas nawet znaczniejsze jego ilości nie były w stanie wywołać objawów gruźliczych, lub téż jeżeli występowały, to w bardzo słabym stopniu. Sprawa gnilna w danêm podłożu pociąga za sobą ubytek prątków gruźliczych. Co do wpływu soków trawiących na siłę zakażenia prątków gruźliczych, to Fischer wyklucza go w przeciwieństwie do Wesenera i innych. Ilość wprowadzanego jadu do jelit ma w każdym razie wielkie znaczenie, ale małe jego ilości mogą być do pewnego stopnia nieszkodliwe, jak to poucza codzienny przykład obserwacyj klinicznych. Nie ma chyba suchotnika, któryby czy to przypadkowo, czy to z niechlujstwa swych własnych plwocin w mniejszéj lub większéj ilości nie połykał, a przecież gruźlica nerkowa choć częściéj występuje może niż mniemamy, jako powikłanie suchot, ale zawsze jest ona już raczéj końcowym okresem choroby, gdy ustrój utracił odporność wszelką względem nagabujących go prątków gruźliczych. Ze względów praktycznych ważniejszą jest kwestyja, nie czy gruźlica da się przenosić drogą przewodu pokarmowego, gdyż to już dawno zostało udowodnionêm, lecz w jakich warunkach mniejsze ilości prątków, które jak to codziennie się przydarza, z mlekiem lub innemi pokarmami lub też w postaci plwocin dostają się do żołądka i jelit, tam się zatrzymują i gruźlicę wywołują, a stanowczéj odpowiedzi w tym kierunku badania dotychczasowe wcale jeszcze nie dostarczyły. (*Deut. Chem. Ztg.* Nr. 22).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IIIcie zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 6 lutego 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

2) Kol. Ziembicki zdaje sprawę z czynności swych na oddziale chirurg. tut. szpitala z ubiegłego trzechlecia. Poświęciwszy przedewszystkiém zaszczytną wzmiankę swojemu poprzednikowi śp. kol. Szeparowiczowi, którego sława i imię jeszcze nie przebrzmiały, nadmienia, że prowadzenie oddziału po kierowniku mającym uznanie i sympatyję kolegów było tém trudniejsze, że znalazł w oddziale na początku tylko ogólną nieufność i gwałtowną opozycyję. Przypomina, że nominacyję jego powitał Przegląd Lekarski artykułem, którym wyrządził mu istotną klęskę materyjalną i moralną, upatrując w téj nominacyi niebezpieczeństwo dla szpitala a nawet dla miasta. Daléj dziękuje prelegent koledze Stelli Sawickiemu, że jedyny o nim nie zwątpił, znając dokładniéj przeszłość jego i ważność instytucyi internatu paryskiego. Jako dawny interne, jako dawny asystent Peana i Trelata mógł prelegent podołać zadaniu i pokierować spokojnie największym oddziałem chirurgicznym w kraju. Rezultat w całości przedstawia się jako bardzo zadowalający i wytrzymuje porównanie. Nieodpowiedniém jednak byłoby porównywać oddział szpitala z kliniką, gdyż warunki pod względem materyjalnym i wyboru chorych są zupełnie odmienne. Aby dać wyobrażenie o ogromnym ruchu, jaki panuje na oddziale chirurgicznym, daje najsamprzód prelegent statystykę większych operacyj z roku

1885, a następnie porównawszy statystykę z 3 lat operacyj większych, tj. amputacyj i resekcyj, hernijotomij, laparotomij i złamań powikłanych. Wykazuje, że co do amputacyj śmiertelność u niego równa się śmiertelności kliniki Volkmana, a niższą jest o 4% niż w latach 81, 82 była w klinice Billrotha, dwa razy zaś i ½ jest mniejszą niż w latach 1881 i 82 w tym samym oddziale lwowskim. Przechodząc daléj do statystyki ogólnéj, zaznacza, że liczba chorych pomnożyła się o 33%, śmiertelność zaś spadła o blisko 35%. Wynosiła średnio do r. 1881 8%, w ostatniém zaś trzechleciu wynosi średnio 5%, w roku ostatnim tylko 3·9% *(recte* 3·7%). Kończy dziękując koll. Dychdalewiczowi i Sztembartowi za pracę ich na oddziale, którato praca i życzliwość nie mało przyczyniły się do tak dodatnich rezultatów.

W dyskusyi kol. Kadyj podnosi znaczne obniżenie procentu śmiertelności, które tém większego nabiera znaczenia, że przepełnienie musi być ciągłe przy takim wzroście stanu chorych, co dowodzi ściśle przestrzeganéj antyseptyki.—Kol. Schattaner zaznacza, że jeżeli kol. Ziembicki osiągnął tak świetne rezultaty, to zawdzięcza takowe przedewszystkiém opatrunkowi jodoformowemu, bo z opatrunkiem Listera nie mógłby osiągnąć takich rezultatów. *Dr. Wiktor.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI w dniu 8 października 1886.

Przewodniczący kol. Korczyński. Obecni: koll. Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz i jako gość kol. Wachtel.

1) Odczytano list c. k. inspektora przemysłowego dla Galicyi i Bukowiny p. Nawratila, który w odpowiedzi na pismo Komisyi donosi, że w Galicyi i Bukowinie oprócz zakładu firmy A. Biasiona w Krakowie, wyrabiającego narzędzia chirurgiczne i optyczne, nożowników w Krakowie i Lwowie, trudniących się wyrobem nieskomplikowanych narzędzi chirurgicznych, nareszcie kilku rękawiczników w Krakowie i Lwowie, którzy wyrabiają bandaże, w obu tych krajach nie ma zresztą żadnych zakładów przemysłowych, któreby dostarczały środków leczniczych do opatrunku i pielęgnowania chorych. Większe rafineryje spirytusu wyrabiają wyskok 96%. Oprócz serkarni J. C. W. Arcyksięcia Albrechta w Żywcu, wyrabiającéj cukier mlekowy, nie ma żadnego zakładu przemysłowego w kraju, któryby wyrabiał lub mógł się zająć wyrobem czystych przetworów chemicznych lekarskich. Jedynie może fabryka A. Skrzyńskiego w Libuszy podjęłaby się wyrobu czystéj benzyny z oleju ziemnego, a może także i wazeliny.

2) Odczytano list redakcyi *„Gazety Lekarskiéj“*, która przyrzeka Komisyi swoje poparcie.

3) Przewodniczący zawiadamia, że czasopismo Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie uczyniło zadość prośbie Komisyi drukując protokóły z jéj posiedzeń.

4) Odczytano pismo Wys. Wydziału krajowego donoszące, że z p. Kubickim, weterynarzem miejskim i właścicielem zakładu krowiankowego we Lwowie, jest zawarta na r. 1886 umowa, mocą któréj p. Kubicki obowiązuje się w ciągu roku dostarczyć 3 000 kostek lub fiolek podwójnych krowianki na potrzeby kraju za cenę 1600 złr.

5) Odczytano kilkanaście listów kolegów wyrażających swoje zupełne zadowolenie z wyników otrzymanych przy szczepieniu krowianką p. Freysingera z Liska. Listy te, które p. Freysinger przesłał Komisyi do przejrzenia pochodzą między innemi od koll. Bielczyka z Gorlic, Dauera z Przemyśla, Glasera z Tarnowa, Humieckiego z Krosna, Koernera z Mościsk, Kwiecińskiego z Biały, Mikuckiego z Tarnówki, Pawlasa z Chrzanowa, Schneidera z Andrychowa, Skakalskiego z Podgórza i Tarchalskiego z Zatora.

VI. Komisyja zajmowała się sprawą wody sodowéj na wodzie destylowanéj, którą na wniosek i według wskazówek kol. Jaworskiego podjęła się wyrabiać fabryka wód gazowych pp. Rzący i Chmurskiego. Z przedłożonych kilkunastu wód o różnym składzie wybrano trzy i polecono referat téj sprawy w obec Tow. lek. krak. kol. Jaworskiemu. Bliższe szczegóły téj sprawy pomieszczone będą w protokóle z posiedzenia Tow. lek. krak.

Doc. Dr. W. A. Gluziński, sekretarz Komisyi.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 października. Wykłady w uniwersytecie naszym są już w pełnym toku; liczba uczniów wzrosła i w półroczu bieżącém, a zakłady niedostateczne nie doznały zmiany. Rok atoli szkolny, który się rozpoczął, będzie dla uniwersytetu pamiętnym. W maju nastąpi otwarcie uroczyste nowego gmachu uniwersyteckiego, na którąto uroczystość zjedzie p. Minister Oświecenia. Uzasadnioną jest nadzieja, że do owego czasu gmach będzie gotowym i urządzonym, zwłaszcza, gdy Władze zgodziły się, aby Senat akademicki sam zajął się urządzeniem i na ten cel wyznaczyły sumę 50.000 zł. a. Pod wiosnę rozpocznie się budowa kliniki chirurgicznéj na zakupionym przez Rząd gruncie Morgensterna, a uznawszy niepodobieństwo umieszczenia zakładu patologicznego w domu prywatnym Ministerstwo poleciło, aby plany dla gmachu patologicznego, stanąć mającego na gruncie szpitala św. Łazarza, czémprędzéj zostały wygotowane.

* **Cholera** w Budapeszcie utrzymuje się w jednakiém nasileniu, w Szegedynie maleje, w Raab wygasła. We Wiedniu nie było żadnego więcéj przypadku.

* **Wiedeń**. W miejsce prof. Bandla wybrany został przełożonym oddziału w poliklinice docent Pawlik, a w miejsce prof. Wölflera docent Maydl.

* **Budapeszt**. Ponieważ się pokazało, że służba zdrowia w stolicy podczas panowania cholery nie odbywa się należycie, Minister spraw wewnętrznych mianował komisarza rządowego w osobie inspektora sanitarnego Dr. Olah, celem kontrolowania wszystkich zarządzeń i ich wykonywania ze strony komisyi cholerycznéj.

* **Praga czeska**. Prof. Hlava ogłosił kurs bakteryjologii, szczególnie ze względu na cholerę, dla lekarzy rządowych

Staraniem tegoż profesora i kosztem prażskiéj *Alliance française* Dr. Obrzut, asystent przy katedrze anatomii patologicznéj, wyjechał przed tygodniem do Paryża, celem studyjowania w zakładzie Pasteura szczepienia wścieklizny. Dr. Obrzut, rodak i współpracownik nasz, złożył już dowody, że w pracach bakteryjologicznych jest doświadczonym; wysłanie więc jego do Paryża było bardzo na czasie, zwłaszcza, gdy śmierć wielu przez Pasteura szczepionych, o któréj w ostatnich tygodniach donoszono, nakazuje przecież ostrożność w ocenianiu wartości szczepienia wścieklizny.

* **Wiadomości uniwersyteckie Paryż**. Proff. Gavarret (fizyki lek.), Hardy (kliniki lek.) i Sappey (anatomii opisowéj) ukończyli rok 70 życia i przechodzą w stan emerytury. — **Moskwa**. Prof. Subotin z Kazania obejmuje kierownictwo nowo powstającego szpitala Bachruszyna. — **Budapeszt**. Dr. L. Tóth habilitował się jako docent farmacyi ogólnéj. — **Dorpat**. Na opróżnioną katedrę kliniki lek. przedstawiony został prof. Schultze z Heidelbergu. — **Kijów**. Dr. Zinowsky habilitował się jako docent farmakologii. — **Wiedeń**. Dr. Lustgarten habilitował się jako docent dermatologii. — **Graz**. Prof. okulistyki Blodig z końcem półrocza bieżącego ustępuje z katedry.

* **Wiadomości osobowe**. Drowie Paweł Jaglarz i Maryjan Gidlewski, mianowani zostali starszymi lekarzami w armii czynnéj: pierwszy przydzielony został szpitalowi w Temeszwarze, ostatni we Lwowie; przeniesieni zostali starsi lekarze wojskowi Dr. Bohosiewicz Teodor do pułku 60 piechoty i Dr. Steuermark Aleksander do pułku 16 piechoty; wreszcie lekarz sztabowy, Dr. Karol Griebsch, lekarz naczelny 12 dywizyi w Krakowie, z powodu choroby, przeniesiony został w stan spoczynku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 43: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza; Zagórskiego: Dwie laparotomije: (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, z. III: Dogiela: Nowe poszukiwania nad m. rozszerzającym źrenicę u ssących i ptaków; Nikolskiego: O powstawaniu jamek w czerwonych krążkach krwi pod wpływem salmiaku i innych połączeń amoniaku; Zaleskiego: Poszukiwania nad wątrobą (dok.); Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1883 r. (c. d.); Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu klin. pod-

wyższenia ciepłoty w gorączce (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Wróblewskiego: Przyczynek do działania kw. mlecznego przy gruźlicy krtani; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (dok.); Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Pacanowskiego: Nerwice żołądka; Strzeszewskiego: O zrostach serca z osierdziem (c. d.).

Redakcyja otrzymała.

Dr. K. SZADEK: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu. (Odbitka z „Gazety Lek."), Warszawa 1886, in 8vo str. 45.

Tenże: Uiber Behandlung der Syphilis mit tiefen intramusculären Injectionen von Quecksilberpräparaten. (Odbitka z „W. Allg. med. Ztg." 1886), in 8vo str. 14.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber d. Wirkung, therapeutischen Werth u. Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Thermalwasser. (Osobne odbicie z „W. med. Woch."), Wien 1886, in 4to maj. str. 33.

Dr. BAŠTYR: Zubní lékařství. Díl I, v Praze 1886, in 8vo str. 259 z 44 drzeworytami.

Tenże: Studien z. Pathologie d. Zahncaries. (Odbitka z „Oe. Ung. Viertelj. f. Zahnheilk."), in 8vo str. 32).

Tenże: Können permanente Zähne durch d. sog. Resorptionsorgan geschädigt werden? (Odbitka z powyższego kwartalnika) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. HUETERS C. Grundriss d. Chirurgie. 3. Auf., überarb. v. Lossen. 2 Bd. Specieller Theil 2—5 Abth. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 20. — (2. Bd. 1—5. Abth. M. 25. —).

HARTMANN A. Die Krankheiten d. Ohres u. deren Behandlung 3 Aufl. M. 42 Holzschn. gr. 8. Berlin, Fischer's med. B. M. 6.

SANDER u. RICHTER. Die Beziehungen zwischen Geistesstörung u. Verbrechen. 8 Berlin, Fischer's med. Buchh. M. 7.

TARNOWSKY B. Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forens-psych. Studie. 8 Berlin, Hirschwald. M. 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 listopada rb. o godz. 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński mówić będzie o nadmierném wydzielaniu soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności (z kliniki prof. Korczyńskiego).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.